

庄内町告示第115号

令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付要綱を次のように定める。

令和5年4月1日

庄内町長 富 樫 透

令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付要綱
(趣旨)

第1条 この要綱は、がん患者の治療及び就労の両立並びに療養生活の質の向上を図るため、医療用ウィッグ又は乳房補整具(次条及び第3条において「医療用ウィッグ等」という。)の購入者に対し予算の範囲内で令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金(以下「助成金」という。)を交付することについて、令和5年度山形県がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成事業実施要綱(令和5年4月17日付け健推第69号山形県健康福祉部長通知。次条において「県実施要綱」という。)、令和5年度山形県がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成事業費補助金交付要綱(令和5年4月17日付け健推第69号山形県健康福祉部長通知)及び庄内町補助金等の適正化に関する規則(平成17年庄内町規則第52号。第4条及び第5条において「規則」という。)に定めるもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(助成対象者)

第2条 助成金の交付対象となる者(以下この条及び次条において「助成対象者」という。)は、町内に住所を有し、次の各号に定める要件のいずれにも該当するものとする。

(1) がんと診断され、かつ、現にがんの治療を行っている者又は行った者であって、次に掲げる医療用ウィッグ等の区分に応じ、それぞれ次に定める要件に該当するものであること。

イ 医療用ウィッグ 次に掲げる要件のいずれにも該当すること。

(イ) がんの治療に伴う脱毛により就労、社会参加等に支障があり、又は支障が生ずるおそれがあるため、医療用ウィッグが必要となっていること。

(ロ) この要綱に基づく助成金の交付を申請する日前において、町又は県内の他の市町村県実施要綱に基づき実施する医療用ウィッグに係る助成を受けていないこと。

ロ 乳房補整具 次に掲げる要件のいずれにも該当すること。

(イ) がんの治療のため乳房の一部又は全部を切除したことにより、就労、社会参加等に支障があり、又は支障が生ずるおそれがあるため、乳房補整具が必要となっていること。

(ロ) この要綱に基づく助成金の交付を申請する日前において、町又は県内の他の市町村が県実施要綱に基づき実施する乳房補整具に係る助成を受けていないこと。

- (2) 他の法令等に基づく医療用ウィッグ等の購入に係る助成等を受けていない者であること。
- 2 助成金の交付対象となる医療用ウィッグ等は、次の各号に掲げる要件のいずれにも該当するものとし、次条第1項第1号に規定する医療用ウィッグの個数は、助成対象者1人につき1個とする。
- (1) 令和4年4月1日以後に購入したものであること。
- (2) 就労、社会参加等のために購入したものであること。
- (助成対象経費、助成金の額等)

第3条 助成金の交付対象となる経費は、次の各号に掲げる医療用ウィッグ等の区分に応じ、当該各号に定める購入経費とする。

- (1) 医療用ウィッグ 医療用ウィッグの本体購入費(本体価格に含まれない附属品及びケア用品(クリーナー、リンス、ブラシ等)を除く。)
- (2) 乳房補整具 次に掲げる乳房補整具の本体購入費(本体価格に含まれない附属品及びケア用品を除く。)
- イ 補整パッド(これを固定するために購入した下着を含む。)
- ロ 人工乳房(これを固定するために購入した下着を含む。)
- ハ 胸部補整機能のある下着
- 2 助成金の額は、助成対象者1人当たり次の各号に掲げる医療用ウィッグ等の区分に応じ、当該各号に定める額とする。この場合において、当該助成金の額に1円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てた額とする。
- (1) 医療用ウィッグ 2万円又は医療用ウィッグの購入経費の2分の1に相当する額のいずれか少ない額
- (2) 乳房補整具 1万円又は乳房補整具の購入経費の2分の1に相当する額のいずれか少ない額
- 3 助成金の交付回数は、医療用ウィッグ等の区分ごとに1回限りとする。
- (交付申請)

第4条 規則第4条に規定する交付申請書は、令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書(様式第1号)によるものとし、同条に規定する別に定める書類は、次のとおりとする。

- (1) がん治療を受けていること又は受けていたことを証する次のいずれかの書類(医療用ウィッグの場合は脱毛の症状がその受けている又は受けていたがんの治療に伴う副作用であることが確認できる書類に、乳房補整具の場合はがんの治療のため乳房の一部又は全部を切除したことが確認できる書類に限る。)の写し
- イ お薬手帳(乳房補整具の場合は手術同意書)
- ロ 診療明細書
- ハ 治療方針計画書
- ニ クリニカルパス
- ホ わたしのカルテ
- ヘ がん診療パス

- ト その他がん治療を行っていること又は行ったことを証明する書類（乳房補整具の場合は乳房を切除したことを証明する書類）
- (2) 医療用ウィッグ又は乳房補整具を購入した際の領収証書の写し
 - (3) 本人を確認する書類（運転免許証、医療保険の被保険者証等）の写し
 - (4) 前3号に掲げるもののほか、町長が必要と認める書類
- 2 規則第4条の規定により助成金の交付の申請（以下この条において「交付申請」という。）をしようとする者（以下この条において「申請者」という。）は、その申請を代理人に委任することができる。
- 3 前項の規定による委任を受けた代理人（親権者が未成年の子の代理人となる場合を除く。）が交付申請を行うときは、委任状（様式第2号）を添付しなければならない。この場合において、町長は、代理人に対し運転免許証の写し、医療保険の被保険者証等の写し等の提示を求め、当該代理人本人であることを確認するものとする。
- 4 申請者及び代理人は、疾病その他やむを得ない理由により、直接窓口で申請できない場合は、郵送により申請することができる。

（交付決定等の通知）

第5条 規則第7条に規定する助成金の交付の決定の通知及び規則第14条に規定する助成金の額の確定通知は、令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付決定及び交付額確定通知書（様式第3号）により行うものとし、助成金を交付しないことを決定したときは、令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金申請却下通知書（様式第3号）により通知するものとする。

（交付決定の取消し）

第6条 町長は、助成金の交付を受けた者が偽りその他不正の手段により助成金の交付を受けたと認めるときは、規則第16条の規定により助成金の交付の決定の全部又は一部を取り消すことができる。

（その他）

第7条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、公布の日から施行する。

様式第1号（第4条関係）

（表）

令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付申請書

年 月 日

庄内町長

宛

申請者 住所
氏名
対象者との関係（ ）
電話

次のとおり医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の交付を受けたいので申請します。

対象者 (見)	フリガナ		生 年 月 日
	氏 名		年 月 日
	住 所 等	〒	電話
がんの治療 状 況	医療機関名		
	主治医名		
	治療方法	手術・放射線・薬剤・その他（ ）	
医療用ウィッグ等が必要な理由			
過去の町又は県内他市町村の 助成金の受給の有無	医療用ウィッグ	有 ・ 無	
	乳房補整具	有 ・ 無	
他の公的助成金の受給の有無		有 ・ 無	
医療用 ウ ィ ッ グ	購 入 年 月 日	購入経費（本体税込価格。1個分の価格とし付属品等を除く。） ①	
	年 月 日	円	
	①の1/2の額 ②	2万円又は②のいずれか少ない額③	
	円	円	
乳房補整具 (□にレ点を 記入ください) □ 補整パット (単体・下着付) □ 人工乳房 (単体・下着付) □ 補整下着	購 入 年 月 日	購入経費（本体税込価格。付属品等 を除く。） ④	
	年 月 日	円	
	④の1/2の額 ⑤	1万円又は⑤のいずれか少ない額⑥	
	円	円	
交付申請額 ③+⑥		円	

(裏)

振 込 先	金融機関名		店名	
	種 目	普通 ・ 当座 ・ その他 ()		
	口 座 番 号			
	フリガナ			
	口座名義人			
添付書類 (がん治 療を証す る書類)	1 がん治療を受けていること又は受けていたことを証する次のいずれかの書類（医療用ウィッグの場合は脱毛の症状がその受けている又は受けていたがんの治療に伴う副作用であることが確認できる書類に、乳房補整具の場合はがんの治療のため乳房の一部又は全部を切除したことが確認できる書類に限る。）の写し (1) お薬手帳（乳房補整具の場合は手術同意書） (2) 診療明細書 (3) 治療方針計画書 (4) クリニカルパス (5) わたしのカルテ (6) がん診療パス (7) その他 () 2 医療用ウィッグ又は乳房補整具を購入した際の領収証書の写し 3 本人を確認する書類（運転免許証、医療保険の被保険者証等）の写し 4 その他 ()			

(注) 振込先は、助成対象者（対象児の場合は親権者）の振込先口座を記載してください。

<p>同 意 書</p> <p>令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の助成対象者の要件を審査するため、私の世帯の住民記録を閲覧し、必要がある場合は関係機関への照会及び診療明細の閲覧をすることについて、同意します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名</p>

様式第2号（第5条関係）

委 任 状

年 月 日

代理人 住所
氏名

私は、上記の者を代理人と定め、がん患者用医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金の申請に係る関係書類の提出及び当助成金の請求に関する一切のことを委任します。

ただし、当助成金を受領する者は、委任する人とします。

庄内町長

宛

委任する人（対象者（児）） 住所
氏名

委任する人（対象児の親権者） 住所
氏名

様式第3号（第5条関係）

第 号
年 月 日

様

庄内町長



令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金交付決定
及び交付額確定（申請却下）通知書

年 月 日付けで交付申請のあった令和5年度庄内町がん患者医療用ウィッグ・乳房補整具購入助成金について、下記のとおり交付の決定及び交付額の確定をした（却下した）ので、庄内町補助金等の適正化に関する規則第5条第1項及び第14条の規定により通知します。

記

- 1 交付決定及び確定額 円
- 2 助成金交付予定日 年 月 日
- 3 却下した場合はその理由